



**АНКЕТА**  
(заполняется пациентом)



КГБУЗ «КМРД № 1»

Дата рождения:

ФИО: \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ г.

**ЖАЛОБЫ**

1. Вагинальное кровотечение:

нет

да, укажите дату и время начала кровотечения \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_:\_\_\_\_

2. Наличие боли

нет

да, укажите дату и время начала боли \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_:\_\_\_\_; укажите характер и локализацию боли:  схваткообразные,  тянущие;  внизу живота, пояснице

3. Повышение температуры тела:

нет

да, укажите дату и время начала \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_:\_\_\_\_; укажите максимальную температуру тела \_\_\_\_ °С; наличие озноба:  да,  нет

4. Рвота:

нет

да, укажите дату и время начала рвоты \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_:\_\_\_\_; укажите частоту рвоты \_\_\_\_ раз в сутки

5. Потеря сознания:  да,  нет

**СБОР АНАМНЕЗА**

1. Есть ли у вас лист нетрудоспособности:

нет, укажите нужен ли вам лист нетрудоспособности:  да,  нет

да, укажите дату выдачи листа нетрудоспособности \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г.

2. Болеют ли сейчас члены вашей семьи респираторными заболеваниями:  да,  нет

3. Когда вам проводилась флюорография или рентген грудной клетки \_\_\_\_/20\_\_\_\_ г.

4. Вакцинированы ли вы от гриппа:  да,  нет; клещевого энцефалита:  да,  нет

5. Вредные привычки:  курение \_\_\_\_ сигарет в сутки,  алкоголь,  наркотики

6. Заболевания родственников (включая инфаркт, инсульт, онкологические заболевания):

мама \_\_\_\_\_, отец \_\_\_\_\_, бабушки \_\_\_\_\_, дедушки \_\_\_\_\_

7. Укажите заболевания, которые вы перенесли, начиная с детства:  ветряная оспа,

корь,  краснуха,  паротит,  дифтерия,  скарлатина,  гепатит А,  туберкулёз,

ВИЧ,  сифилис,  гепатит В,  гепатит С,

другое \_\_\_\_\_

8. Хронические заболевания:  гастрит,  панкреатит,  миопия,  бронхиальная астма,

ХОБЛ,  гипертоническая болезнь,  нарушение ритма сердца,  порок сердца,

цистит,  пиелонефрит,  мочекаменная болезнь,  заболевание щитовидной железы

сахарный диабет,  варикозная болезнь,  эпилепсия,  онкологическое заболевание,

другое \_\_\_\_\_

9. Состоите ли вы на учёте у врача по заболеванию:

нет

да, укажите врача и заболевание \_\_\_\_\_

10. Травмы:

нет

да, укажите какая:  перелом,  черепно-мозговая травма,  авария

11. Оперативные вмешательства (укажите год и название операции)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Половая жизнь

Брак по счёту \_\_\_\_; Брак зарегистрирован:  да,  нет; Возраст мужа: \_\_\_\_ лет;

Заболевания мужа \_\_\_\_\_; Вредные привычки мужа \_\_\_\_\_

Начало половой жизни с \_\_\_\_ лет; Количество половых партнёров в течение жизни \_\_\_\_\_

Используете ли вы контрацепцию:  нет,  да, укажите какую \_\_\_\_\_

13. Менструальный цикл

Первый день последней менструации: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ г.

Начало месячных с \_\_\_\_ лет; установились сразу:  да,  нет, через \_\_\_\_ лет

Цикл регулярный:

да, укажите длительность менструального цикла \_\_\_\_ дней

нет, укажите минимальный интервал между менструациями: \_\_\_\_ дней

укажите максимальный интервал между менструациями: \_\_\_\_ дней

Объём крови:	Длительность цикла:	Болезненность:
<input type="checkbox"/> скудные	<input type="checkbox"/> меньше 4 дней	<input type="checkbox"/> да
<input type="checkbox"/> умеренные	<input type="checkbox"/> от 4 до 7 дней	<input type="checkbox"/> нет
<input type="checkbox"/> обильные	<input type="checkbox"/> больше 7 дней	

14. Наличие предыдущей беременности:

нет

да, укажите все беременности, год, исход и осложнения

Год	Срок беременности	Исход беременности (осложнения)	Возможные исходы беременности
			1. Роды: - своевременные (от 37 до 42 недель беременности) - кесарево сечение (по каким показаниям)
			2. Медицинский аборт: - медикаментозный - вакуум-аспирация - выскабливание
			3. Самопроизвольный выкидыш: - медикаментозный - вакуум-аспирация - выскабливание
			4. Замершая беременность: - медикаментозный - вакуум-аспирация - выскабливание
			5. Внематочная беременность - удаление трубы - сохранение трубы

15. Настоящая беременность (заполняется при наличии подтверждённой беременности)

Желанная ли у вас беременность:  да,  нет

Состоите ли вы на учёте в женской консультации:

нет,

да, укажите женскую консультацию и срок постановки на учёт:

16. Гинекологические заболевания и операции (укажите год и вид заболевания или операции) \_\_\_\_\_

17. Проводилось ли вам переливание крови или её компонентов:

нет

да, укажите, когда и зачем \_\_\_\_\_

18. Есть ли у вас аллергические реакции:

нет

да, укажите на какие препараты и как проявляется \_\_\_\_\_

19. Какие медикаменты вы принимаете, их дозу и кратность применения в сутки: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_